



VVZ KEKEC GROSUPLJE

Trubarjeva cesta 15

1290 Grosuplje

Tel. št. 01 786 61 80

E-naslov: [vrtec.kekec@quest.arnes.si](mailto:vrtec.kekec@quest.arnes.si)

Internet naslov: <http://www.vrtec-kekec.si>

## Obvestilo staršem o zdravstvenih rezervacijah

3. člen Sklepa o uveljavljanju rezervacij v primeru odsotnosti otrok iz Občine Grosuplje v javnih, koncesijskih in zasebnih vrtcih (Uradni list RS, št. 131/2022; v nadaljevanju sklep) določa, da je zdravstveno rezervacijo možno uveljavljati pod pogojem:

- ✓ da je odsotnost otroka v primeru bolezni ali poškodbe **daljša od deset (10) zaporednih delovnih dni**
- ✓ da starši otrokovo odsotnost zaradi zdravstvenih razlogov **napovejo v aplikaciji eAsistent**
- ✓ da starši v roku **petih (5) delovnih dni od zaključka odsotnosti otroka** vrtcu predložijo **zdravniško potrdilo** otrokovega pediatra in **oddajo izpolnjen obrazec** za koriščenje zdravstvene rezervacije (samo zdravniško potrdilo ni dovolj)
- ✓ izpolnjen in podpisan obrazec vrnejo na upravo vrtca oz. na e-naslov [petra.kastelic6@quest.arnes.si](mailto:petra.kastelic6@quest.arnes.si)

Staršem, za katere je Občina Grosuplje po veljavnih predpisih pristojna kriti del cene programa, se za čas koriščenja zdravstvene rezervacije obračuna 30% od z odločbo določenega dohodkovnega razreda.

Starši lahko uveljavljate zdravstveno rezervacijo le za otroka, za katerega se plačilo staršev ne sofinancira iz državnega proračuna.

Za otroke iz drugih občin, ki so vključeni v vrtec Kekec Grosuplje, se zdravstvena rezervacija prizna skladno s Sklepom občine stalnega bivanja, ki je plačnica razlike med ceno programa in plačilom staršev. O pogojih zdravstvene rezervacije se lahko informirate na svoji občini.

## VLOGA ZA KORIŠČENJE ZDRAVSTVENE REZERVACIJE

Podpisani-a (oče, mati oz. zakonit zastopnik) \_\_\_\_\_,

naslov stalnega prebivališča: \_\_\_\_\_.

Uveljavljam zdravstveno rezervacijo za otroka \_\_\_\_\_ rojenega \_\_\_\_\_,

vključenega v Vrtec Kekec Grosuplje – enota \_\_\_\_\_ skupina \_\_\_\_\_.

Zdravstveno rezervacijo želimo koristiti v času od dne: \_\_\_\_\_ do vključno dne: \_\_\_\_\_,

število delovnih dni \_\_\_\_\_.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis staršev oz. zakonitega zastopnika:

Oče: \_\_\_\_\_

Mati: \_\_\_\_\_

---

Upoštevali bomo samo popolne vloge.

---

IZPOLNI VRTEC

Datum prejema: \_\_\_\_\_

sprejel - PODPIS: \_\_\_\_\_

Vaši vlogi za koriščenje zdravstvene rezervacije je (podčrtajte): ugodeno / ni ugodeno